



**CROATIA[®]
OSIGURANJE**

S poštovanjem,
osigurala Croatia.

ZAPRIMLJENO DANA _____

BROJ ŠTETE _____

BROJ POLICE _____

Prijava nesretnog slučaja

Molimo da pažljivo pročitate i u potpunosti odgovorite na sva pitanja.

Potvrđujem točnost podataka koje ću dati na ovom obrascu pod materijalno-pravnom i kazneno-pravnom odgovornošću.

PODACI O OSIGURANIKU:

Ime i prezime _____ OIB: _____ Spol ☐ M ☐ Ž

Adresa stanovanja _____ Tel. _____

Datum i mjesto rođenja _____ Zanimanje _____

Tvrtka ili sl. u kojoj ste zaposleni - osigurani _____

E-mail adresa _____ Telefonski broj _____

Suglasan sam da se sva daljnja korespondencija obavlja isključivo putem elektroničke pošte ☐ DA ☐ NE

PODACI O DOGAĐAJU:

Datum i sat kad se dogodio nesretni slučaj _____

U kojem mjestu, ulici, relaciji se dogodio nesretni slučaj _____

Koji ste posao obavljali u trenutku nesretnog slučaja _____

Detaljno opišite događaj. Što je uzrok nesretnog slučaja, na koji način se dogodio nesretni slučaj? _____

Dokaz da se nesretni slučaj dogodio su sljedeći očevidci ili osobe koje su prije liječnika pomagale:

Ako je nezgoda nastala u prometu navedite registarske oznake vozila. Ako ste bili vozač, predložite prometnu i vozačku dozvolu ili potvrdu o poznavanju prometnih znakova, Zapisnik o alkotestiranju, Europsko izvješće o nezgodi ili Policijski zapisnik.

Jeste li neposredno prije nesretnog slučaja uživali drogu/narkotike ili alkohol, kakav i u kojoj mjeri?

Je li se o nezgodi vodila istraga, obavljen očevid, kazneni ili drugi postupak? Ako DA, navedite koji organi su to vodili

Imate li još nekih polica osiguranja od posljedica nesretnog slučaja ili života (individualno, kolektivno, vozači i putnici u vozilu, vlasnici kreditnih kartica, učenici i studenti i dr.)? Navedite osiguravajuće društvo i broj police

Jeste li prijavili ovaj nesretni slučaj i kao ozljedu na radu, auto-odgovornost, osiguranje iz djelatnosti ili po drugoj polici osiguranja nezgode ili života? Navedite gdje se zahtjev vodi:

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU PRIJE NESRETNOG SLUČAJA:

Jeste li prije ovog nesretnog slučaja bolovali od: degenerativnih bolesti zglobno-koštanog sustava, šećerne bolesti, bolesti centralnog i perifernog nervnog sustava, gluhoće, slabovidnosti, bolesti krvožilnog sustava, kronične plućne bolesti, alkoholizma, neke duševne bolesti ili druge navedene bolesti? Ako DA, kada i od kojih bolesti?

Jeste li prije ovog nesretnog slučaja imali tjelesnu manu ili tjelesnu ozljedu s trajnim posljedicama? Ako DA, kakvu?

Je li Vam ranije po bilo kakvoj osnovi utvrđeno tjelesno oštećenje ili trajni gubitak opće radne sposobnosti? Kada, koliko i zbog čega?

Jeste li u posljednjih 5 godina bili teže bolesni ili ozlijeđeni? Jeste li se liječili u bolnici? Ako DA, opišite gdje ste se liječili i zašto ili priložite medicinsku dokumentaciju

Jeste li prije ovog nesretnog slučaja bili zdravi i radno sposobni? Ako NISTE, zbog čega?

Vaša visina _____ kg, Vaša težina _____ cm

PODACI O LIJEČENJU POSLIJE NESRETNOG SLUČAJA:

Jeste li se odmah prijavili liječniku, odnosno pozvali liječnika radi pregleda i pružanja pomoći? DA NE Ako niste, zašto?

Naziv bolnice gdje ste se prvi puta liječili: _____

Primitak u bolnicu: DAN _____ SAT _____

Izlazak iz bolnice: DAN _____ SAT _____

Ako niste bili u bolnici, gdje ste se liječili? _____

Opis ozljeda _____

Gdje se sada liječite i kod kojeg liječnika _____

Na bolovanju zbog ovog nesretnog slučaja bio/la sam od _____ do _____

Jeste li se držali liječničkih savjeta i uputa u pogledu liječenja: ☐ DA ☐ NE

Ako NE, zašto? _____

OSTALI PODACI:

Ime i prezime odabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu _____

IBAN računa za isplatu HR _____

Naziv i sjedište banke: _____

UZ PRIJAVU PRILAŽEM (zaokružite)

1. Originalnu medicinsku dokumentaciju od _____ do _____
2. Policu/e osiguranja broj _____
3. Ostalo (navedite) _____

POTVRDA UGOVARATELJA (popunjava Ugovaratelj-Poslodavac)

Ugovaratelj _____

OIB _____

A) Za zaposlenika

Potvrđujem da je zaposlenik(ca) - ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Broj kadrovske evidencije _____

Bio/bila u radnom odnosu

na neodređeno vrijeme od _____ do _____

na određeno vrijeme od _____ do _____

da je bio/bila osiguran(a) po polici kolektivnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj _____

B) Za člana obitelji zaposlenika

Potvrđujem da je zaposlenik(ca) - ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Broj kadrovske evidencije _____

Bio/bila u radnom odnosu

na neodređeno vrijeme od _____ do _____

na određeno vrijeme od _____ do _____

te da je član obitelji - ime i prezime _____ bio/bila osiguran(a) _____

po polici kolektivnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj _____

žig ugovaratelja

potpis odgovorne osobe

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da je:

1. na sva pitanja odgovoreno istinito i potpuno,
2. uz prijavu predana na uvid sva do sada izdana medicinska dokumentacija.

Mjesto i datum

čitko ime i prezime podnositelja prijave

potpis podnositelja prijave

Na temelju članka 21. Zakona o liječništvu, dajem sljedeće

Odobrenje

1. Odobravam liječnicima koji su me liječili prije i poslije prijavljenog nesretnog slučaja da otkriju liječničku tajnu o podacima koji se odnose na moje zdravstveno stanje mom osiguratelju te da mu daju, na temelju ovog odobrenja, sve podatke o mom zdravstvenom stanju koji su potrebni za utvrđivanje osigurateljne obveze, a koje su liječnici odnosno zdravstvene ustanove dužne dati meni kao pacijentu na temelju odredbi Zakona o zaštiti prava pacijenata.
2. Ovo odobrenje odnosi se na sve zdravstvene djelatnike koji su me liječili u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama i na temelju njega od CROATIA osiguranja d.d. ovlašteni liječnik ima pravo uvida u svu moju medicinsku dokumentaciju u smislu točke 1. ovog odobrenja kao i dobivanja usmenim putem svih podataka i liječničkih saznanja o mom zdravstvenom stanju prije i poslije nastanka nesretnog slučaja.

Mjesto i datum

čitko ime i prezime osiguranika i br. osobne iskaznice

prebivalište i adresa stanovanja

potpis osiguranika

Napomena: Zahtjev osiguranika odnosno korisnika osiguranja ne može se riješiti ako premija nije plaćena kako je ugovoreno policom i uvjetima osiguranja.

Potpisom ovog dokumenta dajem suglasnost za korištenje/prikupljanje, spremanje, snimanje, organiziranje, uvid i prijenos/mojih osobnih podataka isključivo za potrebe marketinško-prodajnih aktivnosti CROATIA osiguranja d.d. i njezinih tvrtki kćeri.

